

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920 — N° 234

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RÉACTIONS MÉNINGÉES
DANS
LES SYPHILIS RÉCENTES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
et soutenue publiquement le 8 Juin 1920

PAR

P. BOUGRAS

*Chevalier de la Légion d'honneur
Ancien externe des Hôpitaux et de la Clinique de dermatologie de Lyon*

Né à Annecy, le 27 Novembre 1889



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière 14

—
1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553213_0066

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 234

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RÉACTIONS MÉNINGÉES

DANS
LES SYPHILIS RÉCENTES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 8 Juin 1920



PAR

P. BOUGRAS

Chevalier de la Légion d'honneur

Ancien externe des Hôpitaux et de la Clinique de dermatologie de Lyon

Né à Annecy, le 27 Novembre 1889



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière 14

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M)

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....	WEILL.
Chimie organique et toxicologique.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	LATARJET.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	X...
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN
	COURMONT.
	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinales.....	ROCHET.
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL, agrégés
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND —
Accouchements.....	COMMANDEUR, —
Embryologie.....	X... —
Anatomie topographique.....	PATEL, —
Botanique.....	BRETIN. —
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD. —
Clinique infantile.....	X. —
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	SAVY	BONNAMOUR
LAROYENNE	TAVERNIER.	FROMENT	chargé des fonctions
VORON.	CADE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT
NOGIER.	GUILLEMARD	PIÉRY	chargé des fonctions
LERICHE	GARIN	COTTE	FAVRE —
		DUROUX	GRAVIER —
			ROUBIER —

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président de Thèse : M. le Profr BÉRARD

Profrs Agrégés : MM. LANNOIS, CADE et PIÉRY

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

TRAVAUX ANTÉRIEURS

Kyste hydatique pararénal. — Communication à la Société médicale des hôpitaux, du 13 janvier 1914. — En collaboration avec M. le D^r CADE.

Un cas de Syringomyélie. — Communication à la Société nationale de Médecine de Lyon, du 2 mars 1914. — En collaboration avec M. le D^r CADE.

Cancer du sein et cancer de l'estomac chez le même sujet. — Communication à la Société des Sciences médicales de Lyon, du 25 mars 1914. — En collaboration avec M. le D^r CADE.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MA SŒUR

AU DOCTEUR AVIÉRINOS, MON BEAU-PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVIC

MÉDECIN HONORAIRE DES HOPITAUX

*Qui fut mon premier Maître et auprès
duquel j'ai toujours trouvé l'accueil le
plus bienveillant. Qu'il veuille bien
trouver ici l'expression de toute ma
profonde gratitude et de mon affectueux
respect.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE DE DERMATOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Dont l'enseignement a orienté ma
carrière médicale.*

*Hommage de respectueuse reconnais-
sance et de sincère attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERIEL

MÉDECIN DES HOPITAUX

*Qui m'a inspiré ce travail et m'a
guidé de ses précieux conseils. Avec
mes remerciements pour les marques
d'intérêt qu'il m'a maintes fois don-
nées, je lui adresse ici l'hommage de
mes sentiments respectueux.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui fut mon premier Maître dans l'ex-
ternat des Hôpitaux. Qu'il veuille bien
trouver ici, avec mes remerciements
pour l'honneur qu'il me fait, en accep-
tant de présider cette thèse, l'expression
de ma profonde reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

MM. MOUISSET, GAYET, BARJON

NOVÉ-JOSSERAND, CADE ET PÉHU

HISTORIQUE

La notion de méningite syphilitique est une acquisition relativement toute récente.

Vidal de Cassis cependant, dans la deuxième édition de son « Traité des Maladies Vénériennes », en 1859, publiait la première observation de méningite syphilitique, publication qui fut le point de départ de grandes discussions à l'Académie impériale de médecine, Zambaco et Lagneau s'opposant à sa théorie, que Gros et Lancereaux, au contraire, soutenaient.

Dans les dix années qui suivirent, on s'occupa assez activement de la question : Poncet, Bouchard et Cornil, Mauriac, Heubner, Guelfo Von Sommer, publient des observations où la nature syphilitique des lésions méningées apparaît indiscutable.

Puis le silence se fait, et la méningite syphilitique semble tombée dans l'oubli. En vingt ans, on ne trouve sur la question que les observations de Stœber, de Pic et Regaud, de J. Teissier et Roux, de Pauly et de Charvet.

Ce n'est guère que depuis 1900 que la question est revenue tout à fait à l'ordre du jour. Les observations précises, indiscutables, se multiplient ; des revues générales paraissent ; la consécration « officielle » si l'on peut dire, vient avec l'article de Lamy : « Syphilis des méninges », dans le *Traité de médecine* de Bouchard, en 1904 ; et, en 1908, Laubry et Giroud, dans leur observation de méningite syphilitique aiguë, peuvent écrire : « Bien qu'il s'agisse d'une forme *classique* de syphilis des centres nerveux... »

Si l'on excepte la méningite scléro-gommeuse, que nous n'envisagerons pas dans cette étude, la précocité des accidents méningés dans la syphilis est manifeste ; presque toutes les observations nous montrent la réaction méningée survenant en pleine période secondaire, de préférence du deuxième au dixième mois de la maladie, et très souvent au plus fort des manifestations cutanées. Boidin et Weill, Lavau, Audry et Lavau ont même publié des observations où les accidents méningés ont précédé la roséole.

Si nous considérons, d'autre part, la méningite syphilitique chez les hérédos, nous voyons que, là encore, c'est une manifestation la plus souvent précoce. Le petit malade de Ravaut et Pouzelle avait trois semaines ; celui de Ravaut et Darré trois mois ; Bosc (*Société Biologique*, 1906, p. 630), a même constaté une méningo-encéphalite ayant entraîné la mort du fœtus *in utero*.

La méningite syphilitique que nous pourrions ap-

peler méningite syphilitique aiguë diffuse, pour la différencier des formes tardives, scléro-gommeuses, donnant des accidents plus localisés rappelant souvent plutôt ceux des tumeurs, est donc un accident des syphilis récentes. Il n'y a rien d'étonnant à cela, si l'on songe que c'est, en effet, à cette période que la syphilis est en voie de diffusion dans tout l'organisme, et se comporte à la façon d'une véritable maladie infectieuse.

Actuellement, grâce à l'amélioration des moyens d'investigation, à la ponction lombaire, en particulier, le cadre des réactions méningées s'est sensiblement élargi. Outre les méningites scléro-gommeuses, outre la méningite syphilitique aiguë apparaissant avec tous ses symptômes au grand complet, et qui est une affection, sinon rare, du moins relativement peu fréquente, on admet que les réactions méningées peuvent revêtir des formes atténuées, à symptomatologie très pauvre, véritables formes frustes. Il arrive même qu'elles ne se manifestent par aucun signe clinique, et ne sont révélées que par l'examen du liquide céphalo-rachidien, quand elles ne constituent pas même une trouvaille d'autopsie.

Aussi, au cours de ce travail, nous diviserons l'étude des méningites syphilitiques de la façon suivante :

1° Formes où les données cliniques concourent avec les données anatomo-pathologiques, et celles qui sont fournies par l'examen du liquide céphalo-rachidien, pour former un ensemble caractéristique. Nous

appellerons ces formes, pour la commodité du classement, les méningites syphilitiques typiques.

2° Formes latentes, où les anomalies du liquide céphalo-rachidien peuvent constituer les seuls symptômes.

Enfin, nous parlerons de cas, rares, en vérité, où, au contraire de la forme précédente, on se trouve en présence de signes cliniques nets, sans que l'on puisse déceler de réaction appréciable par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

DONNÉES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Les données anatomo-pathologiques de la méningite syphilitique sont assez pauvres, car les autopsies sont rares et n'ont pas toujours été faites dans de bonnes conditions. Nous allons résumer les renseignements trouvés dans les protocoles d'autopsies que nous avons pu consulter, et nous distinguerons, comme nous l'avons dit dans le chapitre précédent, les méningites à forme typique, puis les méningites latentes.

I° MÉNINGITES A FORME TYPIQUE

A. — *Lésions macroscopiques.*

A l'ouverture du crâne, la dure-mère est normale et ne présente aucune adhérence ; le cerveau apparaît recouvert d'un œdème gélatiniforme, présentant par places, surtout au niveau de la convexité, l'aspect collodionné. Même aspect des espaces arachnoïdiens et pie-mériens de la moelle, sur toute

son étendue. Il existe de légères adhérences de la pie-mère avec la substance cérébrale.

Le canal épendymaire, l'aqueduc de Sylvius et les ventricules latéraux sont le plus souvent dilatés. Pas de ramollissement cérébral. Coexistence fréquente de lésions vasculaires.

Telles sont, brièvement résumées, les principales données macroscopiques, que l'on retrouve dans presque toutes les observations ; mais il ne faudrait pas croire que les lésions forment toujours un ensemble aussi parfait ; souvent très atténuées, elles peuvent même être sensiblement nulles et passer inaperçues.

B. — *Lésions microscopiques.*

Parmi les observations que nous avons pu consulter, trois, celles de MM. Gilbert, Ballet et Barbé, Sicard et Roussy, Ravaut et Ponzelle, comportent un examen histologique. Ces examens ont été maintes fois publiés ; on les retrouve dans tous les traités classiques, dont ils constituent, jusqu'à présent, la seule documentation : nous les résumerons donc brièvement.

Au niveau des méninges, on voit une infiltration de lymphocytes dans la pie-mère épaissie. Les espaces sous-arachnoïdiens sont aussi le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse ; les lymphocytes sont surtout accumulés dans le voisinage des vaisseaux sanguins. De plus, cette infiltration se prolonge avec la méninge dans le fond des sillons. Il y a donc

surtout des amas lymphocytaires dans le voisinage des vaisseaux. Ceux-ci sont très altérés. On note de la périartérite, aussi bien que de la périphlébite. Dans les artères, on trouve surtout une infiltration lymphoïde diffuse très abondante ; il y a, de plus, une dilatation vasculaire très nette.

II. — MÉNINGITES SYPHILITIKES LATENTES.

Jusqu'à présent, nous ne croyons pas qu'il ait été publié, sur les formes latentes de la méningite syphilitique, d'autres données anatomo-pathologiques que celles de Bosc (*Société de Biologie*, 1906), et de Sézary (*Processus histologique de la réaction méningée de la syphilis secondaire ; Société de Biologie*, 10 avril 1908).

Dans les deux cas, il s'agissait de malades morts de lésions d'encéphalite, et chez lesquels la réaction méningée avait été nulle, cliniquement.

A l'autopsie, Bosc note seulement une prolifération diffuse des méninges et des vaisseaux.

Sézary nous donne des renseignements un peu plus détaillés . « Les vaisseaux de la pie-mère sont très dilatés, et leur lumière agrandie est comblée par des globules sanguins ; leurs parois sont épaissies du fait de la prolifération active de leurs cellules conjonctives, et de leur infiltration par des cellules rondes disséminées parmi ces dernières. Les capillaires sont dilatés et entourés de manchons de cellules rondes. Dans les mailles du tissu sous-arachnoïdien on trouve aussi des foyers de cellules rondes,

les uns discrets, les autres très étendus, sans rapport apparent avec les vaisseaux. »

Les données, on le voit, ne sont pas très abondantes ; aussi croyons-nous intéressant de publier ici un examen encore inédit et dû à l'extrême obligeance de notre maître, le docteur Bériel.

Cet examen est tiré d'un cas concernant un malade, syphilitique depuis quatre à cinq mois, mort à la suite d'un ramollissement cérébelleux, et qui, cliniquement, n'avait rien présenté qui pût attirer l'attention sur des réactions méningées ou radiculaires (1).

Le résultat de la ponction lombaire manque, malheureusement, le malade étant resté seulement quelques jours dans le service, où il avait été amené dans un état très grave.

A l'autopsie, on avait noté : rien à signaler aux méninges, ni au liquide céphalo-rachidien. Rien d'apparent, extérieurement, à la moelle. L'attention avait été attirée, par hasard, sur des lésions méningées médullaires, en étudiant des coupes pour voir les dégénérations secondaires du cervelet.

L'examen histologique a porté sur différents étages de la moelle, et a donné lieu à des préparations au Marchi pour les dégénérations secondaires, au Bielchowsky, au Weigert, au Nissl et à l'hématéine. L'étude des préparations au Marchi et au Bielchowsky sera faite plus loin, quand nous envisagerons les

(1) Ce cas avait été présenté, en raison des lésions cérébelleuses, à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon (25 nov. 1913).

rapports éventuels de ces lésions méningées avec les accidents tardifs ; nous ne nous occuperons ici que des lésions inflammatoires que l'on peut suivre avec des colorations ordinaires.

1° *Segment de moelle lombaire.*

Sur tout le pourtour, il y a un léger épaissement pie-mérien, avec exsudation cellulaire, mais beaucoup plus marqué dans la zone postérieure, entre l'émergence des racines postérieures droite et gauche, et au niveau de cette émergence.

On trouve là un épaissement très notable de la pie-mère, formé de lames fibreuses fortement colorées en rose par l'éosine, sans symphyse avec les autres feuillets méningés. L'infiltration cellulaire existe sous forme de petites cellules ayant l'aspect de lymphocytes, qui existent isolés entre les lames fibreuses, ou par petits amas plus confluents au voisinage des vaisseaux, sans qu'on trouve pourtant de véritables manchons continus péri-vasculaires.

C'est surtout dans les couches tout à fait superficielles de la méninge, que l'on voit le plus de ces lymphocytes. Il y a même des endroits où ils forment comme une ligne discontinue en bordure de la cavité arachnoïdienne.

L'adventice des vaisseaux un peu volumineux participe à l'épaississement scléreux ; mais les parois propres ne sont pas modifiées, et on ne trouve, en aucun endroit, ni endartérite ni endophlébite.

Les couches superficielles de la moelle, en des-

sous de la pie-mère, présentent aussi des altérations tout à fait à la surface. Il y a là une lame mince de sclérose névroglie qui est manifestement pathologique et différente de la condensation normale à la surface de la moelle. Dans cette zone de sclérose marginale encore jeune, à feutrage encore assez lâche, on trouve aussi des cellules de l'exsudat inflammatoire. Quelques-unes ressemblent tout à fait aux lymphocytes, la majorité ayant des noyaux un peu plus gros et représentant certainement des cellules névroglie jeunes.

Sur beaucoup de coupes, on voit, par places, cette hyperplasie névroglie se continuer en coin, en profondeur. On trouve aussi souvent le septum médian postérieur fortement épaissi.

Sur les régions antéro-latérales, où il existe aussi un léger épaississement diffus de la pie-mère, les lésions sont très atténuées ; c'est seulement par place qu'on trouve de petits îlots, avec une sclérose épaisse de la pie-mère, et des vaisseaux à lumière toujours libre, présentant autour d'eux des amas de cellules inflammatoires. Au niveau de ces îlots, on trouve aussi l'épaississement névroglie sous-jacent.

Sur toutes les coupes de ce segment de moelle, il existe une symphyse du sillon antérieur, tout à fait à son extrémité libre, symphyse formée par une coalescence de fibrilles encore assez lâches en réseau, contenant d'assez nombreuses cellules d'aspect lymphocytaire.

Dans l'intérieur de la moelle, on ne voit pas d'altérations notables. Il y a peut-être une infiltration

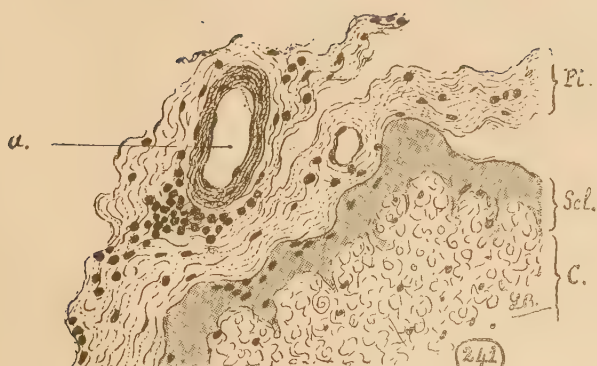


Fig. 1. — Moelle lombaire

Inflammation scléreuse de la Pie-mère (*Pi.*) au voisinage des racines postérieures. — *a.* Artériole avec périartérite et exsudats cellulaires. — *Scl.* Sclérose névroglie superficielle. — *C.* Tissu du cordon postérieur.

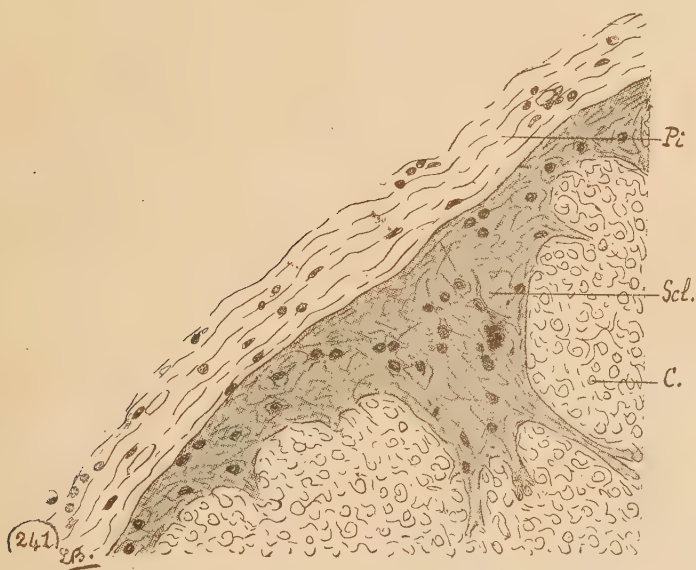


Fig. 2. — Moelle dorsale

Sclérose névroglie en coin (*Scl.*) sous la pie-mère épaissie (*Pi.*). — *C.* Cordons latéraux.

inflammatoire péri-épendymaire, mais pas très nette.

Sur les coupes au Nissl, les corps des grosses cellules nerveuses se montrent normaux ; l'architecture et la disposition des éléments dans les différentes cornes ne sont pas modifiées.

Il n'y a pas eu de coloration au Bielchowsky faite sur ce segment.

2° Segment de moelle dorsale.

Sur les coupes de ce segment, on trouve des lésions analogues à celles du segment précédent ; avec, aussi, une prédominance sur les parties postérieures de la moelle, mais aussi, de loin en loin, dans les régions antéro-latérales, des îlots isolés de pie-mérite à tendance scléreuse avec, quelquefois, un épaissement névroglique, qui s'enfonce en coin comme une cicatrice dans l'épaisseur de la moelle. Par contre, la symphyse limitée du sillon médian antérieur n'existe plus dans ce segment.

3° Segments de moelle cervicale.

Sur les coupes des premiers segments cervicaux, on retrouve encore les mêmes lésions, mais extrêmement atténuées : simple épaissement méningé, avec très peu de cellules inflammatoires. Sur quelques coupes, on trouve une petite symphyse de la partie tout à fait antérieure du sillon médian antérieur.

Des préparations au Bielchowsky et au Weigert

ont été faites dans ce segment cervical ; elles ne montrent aucune lésion.

Des lésions dégénératives récentes, très limitées, existent surtout sur la moelle cervicale dans les préparations traitées au Marchi. Cette question intéressant les rapports éventuels de la méningite syphilitique précoce avec les accidents tardifs, nous ferons cette description plus loin.

DONNÉES FOURNIES PAR L'EXAMEN DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Nous ne songeons pas, ici, à faire une étude détaillée des anomalies du liquide céphalo-rachidien de la méningite syphilitique, étude qui sortirait du cadre de ce travail, et la question étant parfaitement au point, grâce, notamment, aux travaux de Widal, Sicard, Lévy-Bing, Sézary, Jeanselme et Chevallier, Babinsky, Nageotte, Guillain, Cl. Vincent, Ravaut, etc. Mais, avant d'aborder l'étude clinique des méningites syphilitiques, nous croyons qu'il faut, tout au moins, passer succinctement en revue les principales données fournies par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Ici, en effet, contrairement à l'habitude, le procédé de laboratoire n'est pas seulement appelé à confirmer, ou tout au plus à aider un diagnostic, il en fait partie intégrante ; il acquiert la signification d'un symptôme, souvent de premier plan ; il peut enfin, et c'est même ce qui se produit dans la majorité des cas, être le seul signe qui permettra de dé-

pister une réaction méningée, qui, par les seuls procédés cliniques, avait passé totalement insoupçonnée.

Ce sont les anomalies cytologiques, qui ont, ici, la plus grande importance. L'hyperlymphocytose dans la méningite syphilitique est, maintenant, absolument classique, et nous avons déjà dit que sa présence permet, à défaut de toute autre indication, de prévoir l'envahissement du système nerveux par l'infection syphilitique.

Ravaut, en étudiant ces anomalies cytologiques, indique trois types de réactions :

1° Hypertension, hyperalbuminose, quelques grandes cellules uninucléées ;

2° Hyperlymphocytose typique ; c'est le cas de beaucoup le plus fréquent ;

3° Enfin, réaction considérable, avec hypertension, hyperlymphocytose pouvant arriver à une modification notable de l'aspect du liquide, et réaction de Wassermann positive.

L'étude de cette réaction n'a pas donné, jusqu'à présent, des résultats bien constants. Positif dans certains cas, on trouve le Wassermann négatif dans un grand nombre d'observations, où la nature syphilitique de la réaction méningée ne peut soulever aucun doute. Lavau, par exemple, sur six cas qu'il publie (*Annales de Dermatologie* 1914), ne signale qu'un seul Wassermann positif. Bien plus, tout récemment, Kröner (*Münch. med. Woch.*, pages 1131 et 1435)* signale deux cas où le Wassermann

fut trouvé positif dans des méningites non syphilitiques.

Quant à la présence de tréponèmes dans le liquide céphalo-rachidien, nous ne l'avons vue signalée que dans l'observation de Marinesco et Minea (*Revue Neurologique*, 15 mai, 1913). Encore est-elle peu intéressante pour les cas qui nous occupent, puisque, en dehors de réactions méningées, d'ailleurs faibles, le malade présentait des symptômes de paralysie générale.

DONNÉES CLINIQUES

1° MÉNINGITES SYPHILITIKES TYPIQUES.

L'étude clinique de ces méningites a été faite trop souvent et trop complètement pour que nous y insistions ; nous nous contenterons d'en rappeler brièvement les symptômes.

Le début peut être brusque ; le malade signalé par Debove a brusquement un ictus apoplectiforme, suivi de frissons, d'une fièvre à 39°2, de délire ; le lendemain, le syndrome méningé est net.

Mais le plus souvent le début est tout autre, insidieux, traînant même ; céphalée constante, avec tous les caractères de la céphalée syphilitique ; douleur profonde semblant résider dans le contenu de la boîte crânienne, résistant aux médicaments nervins, elle va de la simple lourdeur à la douleur atroce pouvant pousser parfois le malade au suicide.

L'insomnie lui est souvent jointe, ou alterne avec elle ; dans le jour, les malades sont agités, inquiets, ou bien plus souvent encore commencent à tomber

dans cette somnolence, cette demi-torpeur qui ne fera qu'augmenter au cours de la maladie. Enfin, avec l'apparition des vomissements, la maladie entre dans sa période d'état. Parfois réduits à de simples nausées, souvent passagers, intermittents, ils sont toujours signalés. La constipation est également constante : le trépied méningitique existe donc, ici, comme dans les autres méningites.

Deux autres symptômes ont une grosse importance : la raideur de la nuque et le signe de Kernig ; mais on les rencontre à des degrés d'intensité très variables.

Les troubles psychiques sont constants : l'état de stupeur, de somnolence, d'obnubilation, que nous avons signalé dès le début de la maladie, est le plus constant. D'autres fois, le malade délire ; c'est tantôt un délire léger, tantôt un délire violent, délire d'action, qui dresse le malade sur son lit, ou même « le fait courir autour de sa chambre comme un fou. » (Suchy).

Dans deux cas, on a signalé des pertes de connaissance brusques, véritables attaques apoplectiformes (Debove, Mauriac). D'autres fois, c'est progressivement que le malade entre dans le coma, qui est constant à la terminaison des cas mortels, mais qui se trouve aussi, parfois, dans des cas qui ont guéri.

Les signes oculaires sont extrêmement fréquents, mais souvent assez peu accusés : simple inégalité pupillaire, la plupart du temps accompagnée de myosis, et que l'on devra mettre en valeur par l'en-

ploi de mydriatiques; par contre, le signe d'Argyll-Robertson fait ici presque complètement défaut.

La fièvre est presque toujours élevée, vers 39°. Le pouls, contrairement à la méningite tuberculeuse, est régulier, mais rapide, vers 80-100: On l'a signalé ralenti à 50 (Widal, Le Sourd), mais toujours régulier. La respiration est normale, le plus souvent.

Les réflexes tendineux sont le plus souvent abolis; Sicard et Roussy ont pourtant signalé dans un cas de l'exagération.

Les phénomènes paralytiques sont surtout nets au niveau des muscles oculaires: ptosis, diplopie, strabisme, parfois intermittent; ailleurs, ce sont plutôt des parésies que des paralysies véritables; elles peuvent se manifester, entre autres, du côté des réservoirs et de leurs sphincters, et amener l'incontinence des matières et des urines.

II. — MÉNINGITES SYPHILITQUES LATENTES.

Nous l'avons dit dans notre premier chapitre, si le cadre de la méningite syphilitique s'est considérablement agrandi depuis quelques années, c'est aux notions fournies par la ponction lombaire que nous le devons; car, en même temps qu'elle affirme la nature des méningites spinales ou cérébrales, elle apprend l'existence de réactions méningées également dues à la syphilis, mais jusqu'à là insoupçonnées, à cause de leur silence symptomatique.

Widal, le premier, montra l'existence d'une mé-

ningite syphilitique latente ; chez deux malades en pleine période secondaire, infectés, l'un depuis trois mois, l'autre depuis cinq, il a constaté une lymphocytose nette, sans le moindre signe clinique appréciable.

Ravaut en a ensuite rapporté un nombre important dans son travail sur le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire. Mantoux a rassemblé ces cas dans sa thèse (Paris, 1904). Sezary (*Gaz. des Hôp.*, oct. 1912), Jolivet (Thèse, Paris, 1912), Jeanselme et Chevallier (*Revue de Médecine*, 1912), pour ne citer que les principaux auteurs qui se sont occupés de la question, en ont rapporté un grand nombre de cas.

Il s'agit presque constamment de malades en pleine réaction secondaire, et présentant des accidents cutanés, le plus souvent très marqués : syphilides pigmentaires ou syphilides papuleuses vraies. On pratique chez eux la ponction lombaire, et on obtient un liquide riche en lymphocytes. On ne trouve pourtant aucun signe clinique appréciable.

D'autres fois, ce sont des malades chez lesquels une autre lésion du système nerveux domine la scène, et auxquels on ne trouve aucun symptôme méningé. C'est le cas du malade de Sézary, mort d'un ictus ; du malade de Bériel, cité déjà dans cette étude, mort d'un ramollissement cérébelleux. Chez aucun de ces deux malades on n'avait observé de signes méningés, et les réactions des méninges furent des trouvailles d'autopsie.

Enfin, à ces formes latentes passant absolument

inaperçues, nous croyons qu'il faut joindre un certain nombre de cas où la symptomatologie est si pauvre, qu'elle ne suffirait pas le plus souvent à fixer le diagnostic. On a donné souvent à ces méningites à symptomatologie rudimentaire le nom de formes frustes.

Milian, Crouzon et Paris ont donné les premiers deux exemples de cette méningite fruste chez des malades atteints depuis plus d'un an de céphalée : céphalée et lymphocytose étaient les seuls symptômes de cette réaction méningée.

Milian, Thibierge et Ravaut, De Lapersonne, Opin et Le Sourd, Sulzer, etc., en ont cité d'autres analogues.

Il s'agit de sujets syphilitiques récents, qui présentent ou ont présenté de la céphalée, modérée le plus souvent, à maximum vespéral ou nocturne, et qui cède vite au traitement spécifique. Dans le cas de Thibierge et Ravaut, cette céphalée se présentait sous forme de céphalée neurasthénique, survenant le matin, disparaissant quand le sujet prenait ses occupations, variable d'un jour à l'autre. Elle différait pourtant de la vraie céphalée neurasthénique par l'insomnie et l'agitation nocturne.

Cette insomnie est également un symptôme que l'on trouve fréquemment dans ces formes frustes, soit coexistant, soit alternant avec la céphalée ; c'est une insomnie tenace, survenant sans que la douleur ou des idées particulièrement obsédantes puissent l'expliquer.

D'autres fois enfin, les malades se plaignent de

faiblesse générale ou de rachialgie, le plus souvent légère.

Comme signes somatiques, on verra, d'abord, l'altération des réactions papillaires, le plus souvent accompagnées de myosis.

Les réflexes tendineux sont fréquemment abolis. Enfin, Thibierge et Ravaut ont signalé dans un cas de la paralysie faciale ; De Lapersonne, Opin et Le Sourd, de la névrite optique.

On voit combien pauvre est la symptomatologie de ces formes ; d'autant plus, répétons-le, que ces symptômes ne se trouvent jamais rassemblés chez un même sujet. Ici encore, comme dans les formes absolument latentes, c'est la ponction lombaire qui tranche le diagnostic.

III. — MÉNINGITES A SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE, NE CORRESPONDANT A AUCUNE ANOMALIE CYTOLOGIQUE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN.

On s'est beaucoup servi, à une certaine époque, du terme de « méningisme ». On l'a employé à tort et à travers, et sa fréquence cachait, en réalité, une insuffisance de connaissances ou de procédés d'examen.

Nous ne voulons pas, bien entendu, le remettre en cours. Mais, à côté des méningites à forme typique et à forme latente, où l'anomalie cytologique du liquide céphalo-rachidien constitue, soit un élément important de diagnostic, soit même le seul symptôme

appréciable, n'existe-t-il pas des états méningés cliniques, auxquels ne correspondent pas d'anomalies cytologiques du liquide céphalo-rachidien ? Nous en avons une observation assez troublante, et nous croyons devoir la publier.

MM. Roque et Chaliér, d'ailleurs (Valeur diagnostique de l'examen du liquide céphalo-rachidien ; *Lyon Médical*, 1908), disent avoir observé aussi un cas de méningite syphilitique aiguë, avec liquide normal. Le malade, syphilitique depuis six mois, présentait, en coexistence avec des efflorescences psoriasiformes, un syndrome méningé complet, avec céphalée, raideur de la nuque, Kernig, température à 40°. L'examen du liquide céphalo rachidien fut absolument négatif.

Voici, maintenant, une observation inédite :

T... Rosalie, âgée de 25 ans, entre dans le service du Docteur Bériel, le 22 novembre 1919, pour une céphalée violente, datant de 20 jours.

Antécédents héréditaires et personnels. — Père mort d'accident ; mère vivante et bien portante. 12 frères ou sœurs, dont 9 vivants et en bonne santé ; 2 sont morts accidentellement, 1 autre, à 3 ans, de convulsions.

Personnellement, très bonne santé habituelle. Pas de fausses couches ; une grossesse normale il y a 7 ans ; l'enfant est bien portant.

La malade déclare vivre depuis 8 mois avec un ami ; celui-ci aurait eu, en 1914, un chancre induré. Cet homme vient d'ailleurs à l'hôpital confirmer les faits : il a suivi un traitement assez énergique : 3 injections de novarsénobenzol, puis traitement au bi-iodure. Il y a 8 mois, il a eu quelques accidents cutanés et muqueux, qui ont cédé au traitement. Actuellement, et depuis un mois, il présente de nouveau des plaques muqueuses buccales.

L'affection actuelle date de 3 semaines ; mais, au mois de juin dernier, la malade aurait été très fatiguée, avec une céphalée intense. Puis ces malaises auraient rétrogradé.

Il ya 20 jours est apparue une céphalée violente, que les calmants ordonnés (bromure et opium) ne soulageaient en aucune façon. La malade a dû interrompre son travail, et, devant la persistance et l'intensité des douleurs, s'est décidée à entrer à l'hôpital.

A l'entrée : La malade est dans un état d'affaissement général marqué ; mais ce qui domine toute la symptomatologie, c'est la céphalée.

C'est une douleur violente, surtout occipitale ; depuis 3 semaines, elle est absolument continue, avec une exacerbation nette pendant la nuit, et rend la malade absolument impuissante à tout travail ; les moindres mouvements, la simple touche du crâne, provoquent des douleurs intenses.

On remarque, au niveau du cou, une éruption disséminée, s'étendant jusque sur les bras ; de même au front, éruption légère en couronne.

Cette éruption, qui s'est d'ailleurs rapidement effacée, était formée de petites taches d'aspect roséolique. La malade, difficilement transportable, fut montrée, quelques jours après son entrée, au Professeur Nicolas ; mais, à cette période, l'éruption était si effacée, qu'on n'a pu donner aucune explication sur sa nature.

Il n'y a pas d'autres signes cutanés ; pas de calvitie en clairière ; pas de plaques muqueuses buccales ni vulvaires.

Légère adénopathie inguinale.

Les pupilles réagissent normalement ; pas d'inégalité pupillaire.

Réflexes tendineux et cutanés normaux.

Pas de troubles moteurs.

L'examen de la sensibilité fournit quelques renseignements intéressants :

1° Hypoesthésie nette au niveau de la pommette gauche. Recherchée à plusieurs reprises avec toutes les précautions nécessaires, elle est indéniable.

A part cette zone d'hypoesthésie, on trouve une hyperesthésie généralisée : nous avons déjà noté la sensibilité particulière du

crâne ; l'hyperesthésie est également extrême, même à la pression très légère, au niveau des troncs nerveux et de leur émergence.

Pas de Kernig ni de raideur de la nuque ;

Pas de signes viscéraux ;

Température à l'entrée : 39 ;

La ponction lombaire est pratiquée le lendemain de son arrivée : Tension 32, qui, après extraction de 15 centimètres cubes, tombe à 18 ;

L'examen cytologique est absolument négatif ;

Pas d'hyperalbuminose.

25 novembre. — Séro-diagnostic typhique , négatif. Réaction de Wassermann : sang : négatif. Liquide céphalo-rachidien : positif.

26 novembre. — Nouvelle ponction lombaire : tension 22. Après la prise de tension, on ne peut plus obtenir de liquide en quantité suffisante pour en permettre l'étude.

L'état est stationnaire : la malade souffre toujours beaucoup de la tête.

8 décembre. — On fait à la malade une injection de 0,15 de novarsénobenzol.

16 décembre. — Le lendemain de l'injection, la malade a eu une augmentation des douleurs, surtout dans le bras droit ; le jour suivant, les douleurs ont disparu, et l'amélioration persiste.

On fait une seconde injection (0,30).

18 décembre. — La malade ne souffre absolument plus de rien, et quitte, sur sa demande, le service. Elle reviendra pour continuer sa série d'injections.

24 décembre. — 3^e injection de novarsénobenzol (0,45) La céphalée a reparu très légèrement après le retour de la malade chez elle.

31 décembre. — Depuis 4 jours, la malade ne ressent plus aucune douleur. On fait une 4^e injection (0,60).

Depuis, la malade, dont on ne pouvait obtenir le séjour à l'hôpital, n'est plus revenue dans le service.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Beaucoup d'auteurs ont présenté la méningite syphilitique comme une affection facilement et systématiquement curable par un traitement spécifique judicieux. Certes, et surtout si l'on fait entrer en ligne de compte les formes latentes, la méningite syphilitique a un pronostic moins sombre, *quoad vitam*, que d'autres méningites aiguës. La mort pourtant est moins exceptionnelle qu'on ne pourrait le croire, et survient parfois malgré toute l'énergie apportée, dès le début, au traitement. Nous en avons trouvé une dizaine de cas dans les observations que nous avons pu consulter, ce qui fait une proportion assez sensible.

Mais, en dehors même de la terminaison fatale immédiate, le pronostic de la méningite syphilitique n'en présente pas moins des points assez inquiétants. Nous ne parlerons pas des récidives ou des poussées successives, accidents très fréquents, et qui peuvent se répéter un nombre de fois considérable (quatre dans un cas de Laubry et Giroux ; cinq chez un hé-

rédo de Ravaut et Darré ; sept dans le cas rapporté par Gaucher et Malloizel.

Mais, en dehors de ces récidives, il y a lieu de rechercher quels peuvent être les rapports entre les lésions méningées précoces et les accidents tardifs de la syphilis nerveuse ; nous allons les passer rapidement en revue.

1^o ACCIDENTS VASCULAIRES

Ce sont les plus immédiats et les plus sensibles. La méningite syphilitique est fréquemment suivie, parfois à brève échéance, de phénomènes cérébraux qui semblent bien avoir pour origine la vascularite engendrée par les réactions méningées.

Dans un certain nombre d'observations nous trouvons, en effet, soit des trouvailles d'autopsie, montrant des lésions vasculaires nettes ; soit des données cliniques qui semblent des plus démonstratives. Sans citer ici tous les cas, nous en exposerons les plus probants.

Voyons, d'abord, les lésions anatomo-pathologiques :

OBSERVATION I

Malade de Siegfried Suchy (*Wiener Medizin. Woch.*, 1906). Mort de méningite syphilitique typique survenue 16 mois après le chancre. A l'autopsie, Suchy note :

« Pie-mère non adhérente au crâne, mais fortement adhérente aux méninges molles. Celles-ci sont troubles et épaissies au niveau des circonvolutions antérieures et postérieures. Les

veines de la convexité du cerveau étaient gorgées de sang et épaissies: L'épaississement des parois des artères de la base était frappant. Ces lésions, dans la suite, conduisent à des ramollissements par thrombose.

OBSERVATION II

de GILBERT-BALLET et BARBÉ. (*Soc. de Neurologie*, 2 avril 1908)

Femme morte de méningite syphilitique, nette, en 10 jours; avait eu, 4 mois auparavant, une première poussée, fruste, qui avait cédé au traitement.

A l'autopsie, les auteurs, après la description des lésions méningées, notent :

« Les vaisseaux étaient très altérés. On trouve de la péri-artérite aussi bien que de la périphlébite. Dans les artères, on trouve surtout une infiltration lymphoïde diffuse très abondante ; il y a, de plus, une dilatation vasculaire très nette ».

Si, maintenant, nous examinons les cas cliniques, où l'hémiplégie a été précédée de réactions méningées, les observations abondent : nous en retiendrons quelques-unes.

Sans parler des observations d'Heubner, celle de Gaud (Obs. XIV) est très nette ; le malade présente de la céphalée, des vomissements ; position en chien de fusil, température à 38°4. Quelques jours après, hémiplégie.

Le malade de Crouzon (Obs. citée dans la thèse de Dutheil, 1908) présente, un mois après son chancre, des signes nets de méningite syphilitique fruste : obnubilation persistante, constipation, légère raideur de la nuque, carphologie, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Sept jours après, hémiplégie droite, et mort huit jours plus tard.

Citons encore l'observation de Bonnet (*In thèse de Goujat, Lyon, 1910*).

Chancre en février 1906. — En août, le malade entre à l'hôpital pour une méningite syphilitique typique ; puis amélioration progressive par traitement intensif, et le malade sort guéri le 19 octobre.

On le ramène le 20 novembre avec une hémiplegie droite, sans contracture nette, mais avec une certaine résistance dans les mouvements passifs. Jambe et avant-bras en légère flexion ; langue déviée à gauche ; exagération des réflexes rotulien et achilléen, trépidation épileptoïde, Babinski. Un peu de raideur de la nuque ; douleurs dans la région lombaire.

L'hémiplegie s'atténue peu à peu, sans disparaître complètement, sous l'influence, semble-t-il, d'un traitement intensif à l'huile grise. Mais en janvier 1908, le malade a eu un second ictus, qui le laisse tout à fait impotent.

Nous citerons enfin, trois observations, où les données cliniques ont été contrôlées par l'autopsie, et forment un ensemble très complet.

1° OBSERVATION DE FINKELBURG (*Zeitschr. für Nervenh.*, avril 1901).

Le malade, 8 mois après le chancre, présente des phénomènes méningés, qui cèdent au traitement spécifique.

4 mois plus tard, hémiplegie droite, avec aphasia et mort.

A l'autopsie : méningite de la base des circonvolutions frontales droites ; endartérite et périartérite ; lésions cérébrales et médullaires.

2° OBSERVATION DE MALLOIZEL ET NATHAN (*Annales des maladies vénériennes*, nov. 1908).

Femme de 30 ans : chancre de l'amygdale en janvier 1908, soigné par pilules de protoiodure.

En février, apparition de symptômes méningés, qui ne cèdent pas au traitement, et, fin mars, la malade présente successivement une paralysie flasque du membre supérieur droit ;

puis paralysie du facial inférieur droit, et des deux membres inférieurs, avec prédominance à droite. La malade meurt le 31 mars.

L'autopsie montre deux ordres de lésions :

a) La méningite recouvrait à droite les $\frac{2}{3}$ de la face convexe du lobe frontal, et débordait largement sur la portion adjacente du lobe pariétal.

A gauche, mêmes localisations.

La pie-mère était seule intéressée.

b) Thromboses artérielles occupant le tronc basilaire et les deux communicantes postérieures.

3° OBSERVATION DE SICARD et ROUSSY. (*Revue Neurologique*, juin 1904).

Homme de 41 ans, qui, en juin 1903, a eu une première poussée de méningite syphilitique, qui a rétrogradé au traitement. En octobre, le malade est ramené pour une nouvelle atteinte de méningite syphilitique aiguë typique confirmée par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Six jours après, apparition d'une paralysie droite, et mort en quelques jours.

A l'autopsie, les auteurs notent, outre les lésions de méningite diffuse :

« La sylvienne gauche se présente à la coupe, sur une étendue de près d'un centimètre avec un caillot fibrineux, qui on oblitère presque complètement la lumière. L'endartère a proliféré activement, déterminant la coagulation de la fibrine ».

II° ACCIDENTS NERVEUX TARDIFS (TABÈS, PARALYSIE GÉNÉRALE, MYÉLITE TRANSVERSE, ETC.)

La notion du rapport existant entre les méningites syphilitiques précoces et les accidents nerveux tardifs de la syphilis semble bien être, maintenant, un fait accepté du plus grand nombre, surtout depuis la discussion qui eut lieu à la séance de la Société de Neurologie, le 14 décembre 1911.

C'est ainsi que nous voyons Cl. Vincent, appeler la méningite syphilitique « l'ancêtre commun » du tabès, de la paralysie générale, de la méningo-myélite diffuse, de l'atrophie musculaire progressive syphilitique, de la myélite transverse ou des hybrides (syndrôme Guillain-Thaon, p. ex.).

Mais, si la plupart des auteurs sont d'accord pour placer, à la base de ces affections, des lésions de méningo-vascularite, même lointaines, la pathogénie en reste fort obscure. Ravaut dit bien que l'essence de la méningo-vascularite est une, et que ce sont ses modalités d'évolution ou de siège qui font la diversité immense des affections nerveuses, *ses séquelles*. Mais quelles sont, précisément, ces modalités ?

Sans vouloir leur donner une importance exagérée, nous croyons devoir publier à ce sujet quelques points intéressants, observés dans des préparations de moelle, colorées au Marchi, du cas inédit dont nous avons déjà parlé au chapitre II.

Ces coupes colorées au Marchi portaient, soit au niveau de la troisième cervicale, soit au milieu de la région dorsale, soit sur la région lombaire. Ces dernières ont été altérées et il n'est malheureusement pas possible d'en tirer aucun fait précis.

Au niveau des régions dorsale et cervicale, le liquide de Marchi a imprégné quelques boules de désintégration récente, en petite quantité, éparses çà et là dans les cordons blancs, un peu plus confluentes dans les parties externes des cordons antéro-

latéraux. Il est certain qu'il y a là quelques fibres dégénérées récemment.

Mais, étant donné la présence des lésions cérébelleuses, cette constatation ne présente aucun intérêt au point de vue des rapports directs avec la méningite spinale. Ce qui nous intéresse plus spécialement, c'est la présence de boules de Marchi dans les régions postérieures.

1° Sur les coupes cervicales comme sur les coupes dorsales, on trouve, à la partie superficielle des faisceaux de Goll et de Burdach, un assez grand nombre de fibres dégénérées, colorées par le Marchi, éparses sous la pie-mère sans aucune systématisation.

2° Le fait le plus intéressant est une lésion élective sur les racines postérieures au moment de leur entrée dans la moelle. Cette lésion se voit à un faible degré sur les coupes de la région dorsale ; elle est, au contraire, très marquée, extrêmement nette et non sujette à erreur, sur les coupes du troisième segment cervical.

Il existe là, exactement au niveau où la racine postérieure franchit la pie-mère, une sorte de barrage formé par des granulations de Marchi ; ce barrage est nettement délimité du côté périphérique ; au contraire, du côté central, il se continue par des amas fortement teintés par l'acide osmique, soit sous forme de boules se succédant le long d'une fibre nerveuse, soit sous forme de traînées avec des étranglements dessinant une fibre dégénérée.

Ces lésions de désintégration se perdent assez rapidement, quand on suit les faisceaux radiculai-

res, puis on les retrouve presque de suite, plus en dehors, dans la partie de la racine qui vient affleurer la pointe de la corne postérieure ; on en retrouve aussi quelques-uns, beaucoup plus clairsemés, dans les faisceaux radiculaires moyens, pas du tout dans les faisceaux radiculaires internes.

Cette lésion se retrouve, sur une même coupe, sur les deux racines postérieures ; on la retrouve aussi, avec des caractères toujours très nets et très identiques à eux-mêmes, sur des coupes successives du même segment.

Il n'est donc pas possible de supposer qu'il s'agisse là d'un artifice de préparation.

Cette lésion doit être interprétée comme une dégénération segmentaire, exactement limitée, au moins dans son origine, au niveau de la pénétration des racines postérieures à travers la pie-mère. On sait que le Marchi ne décèle que des lésions dégénératives assez récentes. On doit donc admettre avec certitude qu'il s'agit là de lésions en rapport avec la méningite histologique qui a été décrite plus haut chez ce sujet. Nous remarquerons aussi que le siège de la lésion correspond exactement à l'étranglement normal de la racine postérieure, et qu'elle est à rapprocher de l'altération segmentaire, dans le genre de celle décrite par Redlich et Obersteiner pour la pathogénie de tabès.

On sait que, pour ces auteurs, la lésion des racines postérieures est secondaire à une lésion de méningite pie-mérienne, localisée, à l'état de minces fibrilles conjonctives et rétractiles, à l'anneau



Fig. 3. — Dégénération élective de la racine postérieure
au niveau de la traversée pie-mérienne (*Marchi*).

Les boules noires de désintégration myélinique forment un barrage transversal sur la racine au niveau de la pie-mère. — *Pi.*, pie-mère épaissie ; — *r. p.*, *r'.p'*, racine postérieure ; — *f. r.*, fibres radiculaires contenant encore quelques boules de désintégration ; *C. P.*, *C. L.*, cordons postérieur et latéral ; — *C. p.*, corne postérieure.

d'étranglement du point d'entrée de la racine dans la moelle.

A cette théorie, Nageotte a fait une objection, qui est classique : c'est que l'étranglement périradiculaire est un artifice de préparation, dû au raccourcissement que subit la moelle lorsqu'elle est libérée de ses attaches osseuses, et qui est absent lorsqu'on durcit la moelle sur place dans le canal vertébral.

Nous ne pensons pas que les figures histologiques que nous venons de décrire, et qui n'ont été observées que dans un cas, permettent de réhabiliter, complètement, du moins, la théorie de Redlich et Obersteiner. Notre sujet, syphilitique récent, n'avait pas de signes de tabès, et nous ne pouvons savoir s'il en aurait présenté plus tard les signes. Il n'est pas impossible que des lésions comme celles que nous avons décrites se résorbent ultérieurement.

Mais le cas nous a paru intéressant à rapporter :

1°. Parce qu'il démontre qu'il y a, tout de même, au point de pénétration de la racine, un point de *minoris resistentiæ*.

2° Que la lepto-méningite spinale syphilitique précoce, même si elle ne donne pas lieu à des manifestations cliniques actuelles, montre au microscope, non seulement des lésions inflammatoires, comme celles décrites au chapitre II, mais même déjà des lésions dégénératives radiculaires.

Nous avons recherché dans les coupes du même cas, si on pouvait observer des dégénérations ascendantes, ou d'autres lésions ; mais nous n'avons pas

pu en noter. En particulier, sur les coupes au Bielchowsky, nous n'avons rien vu d'anormal.

Quelques-unes portent sur le premier segment cervical, c'est-à-dire au-dessus des lésions radiculaires vues au Marchi précédemment ; elles ne nous ont rien donné d'intéressant à constater. Mais lors de l'autopsie de ce cas, l'attention n'ayant pas du tout été attirée sur ce point, nous avons été obligés de nous contenter des préparations qui avaient été faites. Ainsi, nous aurions voulu pouvoir étudier, avec le procédé de Marchi, des segments situés au-dessus de la 3^e cervicale. Mais cela nous a été impossible. Nous ne pouvons donc apporter de documents, non seulement au point de vue de l'avenir de ces altérations radiculaires, mais même au point de vue de leur profondeur, et de leur retentissement à distance.

CONCLUSIONS

I. — Les réactions cytologiques observées fréquemment dans la méningite syphilitique secondaire, peuvent correspondre à des lésions histologiques sans que les sujets présentent aucun signe clinique.

II. — Inversement, on peut trouver des cas, probablement exceptionnels, dans lesquels il existe, chez les syphilitiques récents, un syndrome méningé constituant une véritable maladie, et dans lequel on ne trouve aucune anomalie cytologique du liquide céphalo-rachidien à la ponction lombaire. On doit donc admettre qu'il existe de véritables états de méningisme secondaire. L'anatomie pathologique de ces états n'est d'ailleurs pas connue.

III. — Est-il possible d'établir une relation entre les altérations méningées ultérieurement développées (Tabès, Paralysie générale, atrophie musculaire syphilitique) ? Nous ne pensons pas qu'on puisse

actuellement trancher la question ; mais nous avons observé un cas dans lequel des lésions méningées récentes, sans signes cliniques, montraient des lésions dégénératives électives tout à fait au début, au niveau de l'entrée des racines postérieures dans la moëlle. .

IV. — La lésion décrite par Redlich et Obersteiner comme lésion initiale du tabès, et dont l'existence avait été rejetée, peut donc avoir dans certains cas une existence anatomique réelle.

Nous ne pouvons cependant pas, de notre observation, déduire que cette lésion aurait déterminé chez notre malade un tabès ultérieur, ni apporter, de ce fait, aucune contribution précise au processus tabétique, et d'autre part à ses relations avec la méningite syphilitique secondaire.

Le Président de la Thèse,

BÉRARD.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 mai 1920.

Pour le Recteur et par délégation,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

Albert WADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE

- ASTWAZATUROW. — Rapports entre tabès et leptoméningite.
Deutsche Mediz. Woch., 1911.
- AUDRY et LAVAU. — Méningite préroséolique. *Ann. de Derm.*
1914.
- BABONNEIX et JAVILLIER. — Protéines et globulines céphalo-
rach. *Soc. Méd. des Hôp.*, 11 janvier 1918.
- BARLARO, CAMON et MENDEZ. — Sobre la meningitis sifilitica.
Prensa med. arg., 1916-1918.
- BASILE. — Sopra un caso di meningiti sifilitica. *Riv. Sanit.*
Napoli, 1914.
- BELÊTRE. — La ponction lombaire chez les syphilitiques. Thèse
Paris 1902.
- BENSAUDE et RIVET. — Un cas de méningite syphilitique aiguë.
Archives générales de Médecine, 1^{er} nov. 1904.
- BÉRIEL, DURAND et MALESPINE. — *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*,
25 nov. 1913.
- BEUTTER. — Pathogénie conjonctivo-vasculaire du tabès dor-
salis. Thèse Lyon, 1906.
- BLOCH. — *Revue générale*. L'Hôpital, juin 1914.
- BLY. — Syphilitic meningitis in infants and young children.
Am. Journal of syphilis, St-Louis, 1918.
- BOIDIN et P. WEILL. — Méningite syphilitique secondaire aiguë,
précoce, préroséolique. *Presse Médicale*, 1907.
- BONNET L. M. — *Lyon Médical*, 1907 et 1909.
- BOUCHARD et CORNIL. — Leçons de la Charité, 1879.

- BOSC. — Méningo-encéphalite diffuse chez un hérédo-syphilitique. *Société de Biologie*, 1906.
- BRIDOUX. — Des réactions méningées à liquide céphalo-rachidien puriforme et aseptique. Thèse de Lille, 1908.
- BRISSAUD et BRÉCY. — Symptômes de méningite aiguë ; guérison par le traitement mercuriel. *Soc. Méd. des Hôp.* 1902.
- BRONSTEIN. — Thèse, Paris, 1913.
- CHARVET. — *Revue Neurologique*, 1899.
- CHÉREL. — Thèse, Paris, 1908.
- CLAISSE et ABRAMI. — *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôp.* 1905.
- CLAISSE et JOLTRAIN. — Méningite syphilitique aiguë avec guérison. *Soc. Méd. des Hôp.*, Mars 1908.
- CONSTANTIN. — Syphilis cérébrale précoce. *Annales de Derm.* 1905.
- DE COUX. — Essai de classification des méningites syphilitiques aiguës. Thèse, Paris 1908.
- CROUZON et VILLARET. — Un cas de méningite syphilitique aiguë. *Soc. de Biologie*, juin 1908.
- DÉJERINE. — Méningite syphilitique précoce après traitement par le Salvarsan. *Journal de Méd. et de Chir. pratique.* Mars 1914.
- DI PORTO. — Contribution à l'étude du diagnostic de la méningite syphilitique aiguë. *Società Lancisiana degli ospedali di Roma*, 1907.
- DEBOVE et CASTAIGNE. — A propos d'un cas de méningite syphilitique. *Gazette hebdomadaire*, 1901.
- DEBIÉ. — *Presse Médicale*, mai 1909.
- DORENDORF. — Méningitis syphilitica. *Charité Annalen. Berlin*, 1901.
- DROUET. — Méningites syphilitiques aiguës. Thèse, Paris 1905.
- DUJARDIN. — Contribution à l'étude des réactions méningées syphil. *Arch. méd. Belges*, 1918.
- ESCHBACH. — Méningite syphilitique à forme mentale. *Soc. Méd. des Hôp.*, 1913.
- FAHR. — Rasch todlich verlaufene men. luat. *Dermat. Woch.* 4. und Hamb., 1914.
- FAIRBANKS. — Cerebral syphilis in children. *Journal of Am. Assoc.*, 1907.
- FEARNSIDES et L. GUTHRIE. — Syphilis méningo-vasculaire. *Proceeding of the royal Soc. of Méd.*, 1915.

- FISCHLER. — Über die syphiligen Erkrankungen der Centralen nerven System und über die Frage der « Syphilis à virus nerveux ». *Deutsch. Zeitschr. für Nerven*, 1905.
- FINKELBURG. — Un cas d'affection disséminée des vaisseaux et des méninges du cerveau et de la moelle dans les premières périodes de la syphilis. *Zeitschr. für Nerven*, 1901.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis du cerveau.
- GACHKIEWICZ. — Syphilis du système nerveux, 1900.
- GAILLARD et D'ŒLNITZ. — Un cas de méningite syphil. aiguë. *Soc. Méd. des Hôp.*, 1903.
- GARBINI. — Un caso di men. basil. luet. precocissima. *Ann. di m. prov. di Perugia*, 1912.
- GAUCHER. — Syphilis du système nerveux, 1910.
- GAUCHER et MALLOIZEL. — Syphilis secondaire rebelle au mercure, survenant par poussées cutanées accompagnées d'accidents méningés. *Bullet. de la Soc. de Derm.*, 1907.
- GAUD. — La fièvre dans la syphilis cérébrale. Thèse, Lyon 1903.
- GAUTHIER. — Guérison et curabilité des méningites aiguës. Thèse, Lyon 1909.
- GENNERICH. — Beitrag z. lokalbehandl. der meningealen luet. *Münch. med. Woch.* 1915.
- GILBERT-BALLET et A. BARBÉ. — Un cas de méningite syphil. aiguë avec autopsie. *Revue de Neurol.* 1908.
- GIRAUD. — Méningite chronique syphilitique et saturnine. Thèse, Paris 1913.
- GOIJAT. — Les méningites syphilitiques aiguës et subaiguës. Thèse, Lyon 1910.
- GUINON. — Méningite chez un hérédo de six semaines. *Soc. Méd. des Hôp.* 1901.
- GROS et LANCEREAUX. — Des affections nerveuses syphilitiques, 1861.
- HARVEY. — Treatment of Neurosyphilis. *Am. Journal of syphilis*, 1918.
- HAUPTMANN. — Diagnose der fruhluet. men. aus der liquorbefund. *Deutsch. Med. Woch.*, 1914.
- HOFFMANN. — Zur meningitis basilaris syphilitica præcox. *Berliner Klinische Woch.* 1901.
- HUTINEL. — Méningites aiguës dans la syphilis héréditaire. *Presse Médicale*, 1918.

- HUTINEL et NADAL. — Hérédo-syphilis méningée et infections aiguës. *Paris Médical*, 1919.
- A. W. ILIINE. — Syphilis cérébro-méningée. *Gazette psychiatrique de Pétrograd*, 1915.
- JEANSELME et CHEVALLIER. — Recherches sur les méningopathies syphilitiques secondaires cliniquement latentes. *Revue de Médecine*, 1912.
- JEANSELME, VERNES et M. BLOCH. — *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1913.
- JOLIVET. — Des réactions méningées au cours de la syphilis. Thèse, Paris 1912.
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes, 1886.
- KINNIER, WILSON et GRAY. — Méningite aiguë syphilitique. *Brit. Med. Journ.* 1917.
- KLIPEL. — *Traité de Médecine*. Charcot-Bouchard.
- KRAEMER. — Wassermann céphalo-rachidien positif dans la méningite non syphilitique. *Münch. Med. Woch*, 1918.
- KRONING. — Die Bedeutung des lumbal punctum für die exsudative syphili-meningitis. *Dermat Centralblatt.*, 1905.
- LAMY. — Traité de Médecine. Brouardel et Gilbert.
- LANCEREAUX. — Traité de la syphilis.
- DE LAPERSONNE, OPIN et LE SOURD. — Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis oculaire. *Soc. de Biol.*, 1903.
- LAUBRY et GIROUX. — Méningite syphilitique aiguë avec guérison. *Soc. Médic. des Hôp.*, 1908.
- LAVAU. — Méningites métachancereuses et préroséoliques. *Annales de Derm.*, 1914.
- LAWREY. — Treatment of early syph. in relat. to develop. of neurosyph. *Bull. ment. dis. Boston*, 1918-1919.
- LECOUNT et DEWEY. — Syphilitic leptomen. *Journ. of. inf. dis.* 1915.
- J. LÉPINE. — A propos de la méningite spinale du tabès. *Lyon Médical*, 1905.
- LEVADITI, RAVAUT et YAMOUCI. — Localisations nerveuses de la syphilis et propriétés du liquide céphalo-rachidien. *Soc. de Biologie*, 1908.
- MAGNE. — Syphilis maligne précoce, terminée par une méningite aiguë. *Gazette hebdom. des sciences médicales de Bordeaux*, 1907.

- MAHOT et BARTHÉLEMY. — Méningo-encéphalite subaiguë chez un hérédo. *Gazette médicale de Nantes*, 1904.
- MALLOIZEL et NATHAN. — Sur un cas de syphilis cérébrale précoce. *Annales des maladies vénériennes*, 1908.
- MARINESCO et MINEA. — Présence de tréponèmes dans le liquide céphalo-rachidien. *Revue Neurologique*, Mai 1913.
- DE MASSARY et CHATELIN. — Méningite syphilitique avec paralysie glosso-labio-laryngée. *Rev. Neur.*, 1914.
- MANTOUX. — La syphilis nerveuse latente. Thèse, Paris 1904.
- MAURIAC. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux. *Annales de Derm.*, 1876-1879.
- Leçons sur les maladies vénériennes.
- Syphilis cérébrale précoce. *Gazette hebdomadaire de Méd. et de Chir.*, 1876.
- MAURIAC. — Formes curables des méningites aiguës, avec lymphocytose rachidienne. *Paris Médical*, 1918.
- MESTREZAT. — Le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique. Thèse, Montpellier 1912.
- MILIAN. — Syphilis de 3 mois ; abondante lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. *Bulletin de la Soc. Anat.* 1902.
- Céphalée syphilitique et ponction lombaire, *Tribune Médicale*, 1903.
- Le liquide céphalo-rachidien, 1904.
- MILIAN, CROUZON et PARIS. — La céphalée syphilitique éclairée par la ponction lombaire. *Soc. Méd. Hôp., Paris*, 1902.
- MIRIEL. — Thèse, Paris 1911.
- *Revue générale, Gaz. Hôp.* 1911.
- MOLLART et DUFOUR. — Méningite syphilitique à forme spinale, au début de la période secondaire. *Rev. Neur.* 1916.
- NAGEOTTE. — Pathogénie du tabès dorsal. *Presse Médicale*, décembre 1902 et 3 janvier 1903.
- NEUSTAEDTER. — Syph. and parasyph. of the central nerv. system. *Med. Record, New-York*, 1919.
- NINOT. — La ponction lombaire dans la syphilis du système nerveux. Thèse, Lyon 1905.
- NOUNE. — Méningisme 3 mois après l'infection et traitement énergique par le Salvarsan. *Berl. Klin. Woch.*, 1918.
- NUNEZ. — Méningite aiguë chez un syphilitique récent. *Rivista de los hospitales*. Montevideo, 1913.

- OETTINGER et HAMEL. — A propos de 2 cas de méningites aiguës syphilitiques. *Gaz. des Hôp.*, 29 avril 1909.
- OBERSTEINER et REDLICH. — Über Wesen u. Pathogenese der tabischen Hinterstrangs-degeneration (obersteiner arbeiten, 1894).
- PAULY. — Syphilis cérébrale méningée, à forme comateuse. *Lyon Médical*, 29 mai 1898.
- PAVIOT. — Les lésions méningées du tabès dorsalis. *Lyon Médical*, 10 déc. 1905.
- PETERSON. — Un cas de méningite syphilitique avec compression motrice. *Finsk. läk. sällsk. handl.*, Helsingfors 1913.
- PETIT. — Méningite tuberculeuse et méningite syphilitique. Thèse, Paris 1913-1914.
- PIC et REGAUD. — Méningite basilaire syphilitique. *Province Médicale*, 1895.
- POETZ WILLIAM. — Sur un cas de méningite basilaire syphilitique précoce. Thèse Leipzig, 1902.
- PONCET. — Méningite syphilitique. *Annales de Derm.* 1873.
- POROT. — Syphilis cérébrale maligne précoce, d'origine vaccinale ; méningite basilaire aiguë. *Lyon Médical*, nov. 1902.
- RAGOZ. — Pachyleptomen. hypertigummosa. *Izviest. Imp. Voyenno med. Akad. St-Pétersburg* 1913.
- RAMEAU. — Accidents nerveux dans les syphilis traitées. Thèse Paris 1915.
- RAVAUT. — Quand doit-on analyser le liquide céphalo-rachidien d'un syphilitique ? *Presse Médicale*, 8 octobre 1919 (avec bibliographie personnelle).
- RAVAUT et DARRÉ. — Etude des réactions méningées dans un cas de syphilis héréditaire. *Gaz. Hôp.* Févr. 1907.
- RAVAUT et PONZELLE. — Contribution à l'étude clinique et bactériologique des lésions encéphalo-méningées chez les nouveaux-nés syphilitiques. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 12 janv. 1905.
- Recherche sur la présence du tréponème dans le système nerveux au cours de la syphilis héréditaire ou acquise. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris 1907.
- ROGER. — Revue générale. *Paris Médical*, 19 avril 1913.
- ROGER. — La méningite sifilitica. *Il Policlinico*. Janv. 1914.
- ROQUE et CHALIER. — Valeur diagnostique de l'examen du liquide céphalo-rachidien. *Lyon Médical*, 1908.

- SCHNEIDER et SPICK. — Etude du liquide céphalo-rachidien dans un cas de méningite syphilitique aiguë mortel. *Société de Biologie*, 17 oct. 1908.
- SCINICARIELLO. — Un cas de méningo-myélite syphilitique. *La Riforma Medica*, 1915.
- SÉZARY. — Processus histologique de la réaction méningée de la syphilis secondaire. *Soc. de Biologie* 1908.
- La méningite parasymphilitique. *Presse Méd.* 1911. N° 66.
- Les leucocytoses chroniques du liquide céphalo-rachidien des syphil. *Gaz. des Hôp.* 1912, N° 121.
- SICARD et ROUSSY. — Un cas de méningite syphilitique suivi d'autopsie. *Archives de Neurologie*, Juin 1904.
- SICARD et ROGER. — Paralysie générale, syphilis nerveuse et liquide céphalo-rachidien. *Presse Médicale*, 9 septembre 1918 (avec bibliographie personnelle).
- STOEBER. — Les accidents méningés de la syphilis héréditaire. Thèse, Paris 1891.
- SUCHY. — Un cas de méningite syphilitique aiguë précoce. *Wien. medicin. Woch.*, N° 21-1905.
- TÉISSIER et ROUX. — Diagnostic entre la syphilis artérielle méningée et gommeuse. *Arch. de Neur.*, janvier 1898.
- THIBIERGE et RAVAUT. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Déc. 1902.
- TRÉNEL. — Symphyse méningée fibreuse des lobes frontaux dans un cas de paralysie générale. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 1913.
- TRUELLE et BOUDERLIQUE. — Méningite syphilitique précoce, avec troubles mentaux. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1915, p. 529.
- VEDEL, ROGER et BLOUQUIER. — Méningite syphilitique. Mort rapide après ponction lombaire. *Montpellier Médical*, 1914, p. 9.
- VIDAL DE CASSIS. — *Traité des maladies vénériennes*, 1855.
- VINCENT (Cl.). — Méningite chronique syphilitique. Thèse, Paris 1910.
- WEILL. — Hyperglycorachie dans les méningites syphilitiques. *Soc. de Biologie*, 1918, p. 436.
- WIDAL et LE SOURD. — Méningite aiguë ; guérison par le traitement antisymphil. *Soc. méd. Hôp.*, Paris, Février 1902.

- WIDAL, LEMIERRE et BOLDIN. — Liquide céphalorachidien puriforme au cours de la syphilis des centres nerveux, intégrité des polynucléaires. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 28 juin 1905.
- WILLE. — Tréponème dans le liquide céphalo-rachidien. *Amer. Journ. of. syph.*, 1917.
- UDO J. WILE et J. HINCHMAN-STOKES. — Atteinte du système nerveux dans la 1^{re} période de la syphilis. *Journal of the American Medical association*, 1915.
- WITTS. — Réactions céphalo-rachidiennes dans les manifestations syphilitiques. *Brain*, vol. XL., p. 192.

